Composante du produit no 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Obstacles financiers à l'obtention de soins déclarés chez les patients atteints de maladies chroniques d'origine cardiovasculaire

par David J.T. Campbell, Kathryn King-Shier, Brenda R. Hemmelgarn, Claudia Sanmartin, Paul E. Ronksley, Robert G. Weaver, Marcello Tonelli, Deidre Hennessy et Braden J. Manns

Date de diffusion : mai 2014

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit n° 82-003-X au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2014

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada (http://www.statcan.gc.ca/reference/licence-fra.htm).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
p	provisoire
r	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
E	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Obstacles financiers à l'obtention de soins déclarés chez les patients atteints de maladies chroniques d'origine cardiovasculaire

par David J.T. Campbell, Kathryn King-Shier, Brenda R. Hemmelgarn, Claudia Sanmartin, Paul E. Ronksley, Robert G. Weaver, Marcello Tonelli, Deidre Hennessy et Braden J. Manns

Résumé

Contexte

Les personnes qui souffrent de maladies chroniques et n'atteignent pas les cibles thérapeutiques courent un plus grand risque de résultats indésirables pour la santé que celles qui les atteignent. Divers obstacles peuvent empêcher l'atteinte de ces cibles. Le présent article traite des obstacles financiers à l'obtention de soins de santé déclarés chez les personnes atteintes de maladies chroniques d'origine cardiovasculaire.

Données et méthodes

Une enquête représentative de la population a été réalisée auprès des Canadiens de l'Ouest atteints de maladies chroniques d'origine cardiovasculaire (n = 1 849). On a évalué les associations entre les obstacles financiers autodéclarés, d'une part, et la prise de statines, la probabilité de cesser de prendre les médicaments prescrits et les visites au service d'urgence ou les hospitalisations, d'autre part.

Résultats

Plus de 10 % des participants à l'enquête ont mentionné éprouver des obstacles financiers généraux (12 %) et ne pas avoir d'assurance-médicaments (14 %). 4 % ont déclaré des obstacles financiers à l'accès aux médicaments. Les visites au service d'urgence ou les hospitalisations étaient 70 % plus probables chez les personnes signalant un obstacle financier général. Celles déclarant un obstacle financier à l'accès aux médicaments étaient 50 % moins susceptibles de prendre des statines et trois fois plus susceptibles de cesser de prendre les médicaments qui leur avaient été prescrits. Les personnes ne possédant pas d'assurance-médicaments étaient près de 30 % moins susceptibles de prendre des statines.

Interprétation

Chez cette population, les obstacles financiers autodéclarés sont associés à une consommation de médicaments plus faible par rapport aux recommandations et à une probabilité plus forte de visites au service d'urgence ou d'hospitalisation.

Mots-clés

Assurance-maladie, accessibilité des services de santé, facteurs socioéconomiques, statut socioéconomique.

Auteurs

David J.T. Campbell, Kathryn King-Shier, Brenda Hemmelgarn, Robert Weaver et Braden Manns appartiennent à l'Université de Calgary, Calgary (Alberta). Paul Ronksley travaille à l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario). Claudia Sanmartin et Deirdre Hennessy travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario). Marcello Tonelli travaille à l'Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta).

Même dans le contexte d'un système de soins de santé universel, les obstacles financiers peuvent réduire l'accès aux soins médicaux et avoir une incidence sur les résultats en matière de santé. Comme de nombreux régimes d'assurance-maladie provinciaux ne couvrent pas les médicaments délivrés sur ordonnance pour tous les citoyens[1], certains patients pourraient ne pas obtenir les médicaments prescrits pour leur état[2]. Même ceux qui possèdent une assurance-médicaments doivent parfois assumer des frais financiers tels que les quotes-parts et les franchises[3].

Les obstacles financiers peuvent être particulièrement importants chez les personnes atteintes de maladies chroniques d'origine cardiovasculaire, qui requièrent habituellement une surveillance continue et la prise à long terme de médicaments sur ordonnance coûteux[4,5]. Les personnes de faible statut socioéconomique[6,7] sont particulièrement exposées à de mauvais résultats pour la santé[8,9].

Des travaux de recherche menés antérieurement ont porté sur l'abordabilité des soins de santé au Canada, y compris les types d'assurance-médicaments provinciale[10], les frais non remboursés[1], et la non-observance du traitement en raison du coût[2]. Plusieurs études indiquent que procurer une assurance-médicaments, particulièrement aux personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, augmente la prise de médicaments préventifs[11-14]. D'autres montrent que ce genre d'assurance est associé à une amélioration des résultats cliniques, par exemple, en ce qui concerne la pression artérielle[14] et les événements cardiaques[3]. Certaines études donnent aussi à penser que procurer une assurance peut réduire les coûts dans d'autres domaines des soins de santé, dont les visites au service d'urgence et les hospitalisations[13]. Toutefois, les liens entre les divers types d'obstacles financiers et les indicateurs de soins ou les résultats indésirables chez les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont pas clairs.

Une étude menée dans les quatre provinces de l'Ouest a permis de recueillir des données sur les obstacles financiers à l'obtention des soins de santé auprès d'adultes qui avaient déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension,

de diabète, de maladie cardiaque et (ou) d'accident vasculaire cérébral. Les objectifs étaient de déterminer la prévalence des divers types d'obstacles financiers autodéclarés, les facteurs associés à l'existence de ces obstacles ainsi que leurs répercussions. L'analyse présentée ici visait à déterminer si les obstacles financiers autodéclarés étaient associés à une plus faible consommation des médicaments recommandés dans les lignes directrices, à l'arrêt de la consommation d'un ou de plusieurs médicaments recommandés, et à des frais non remboursés plus importants. On a également étudié l'association entre les obstacles financiers autodéclarés et les visites au service d'urgence ou les hospitalisations liées aux maladies chroniques.

Données et méthodes

Plan de sondage

Du 1er février au 31 mars 2012, Statistique Canada a réalisé une enquête conçue par l'équipe de l'Interdisciplinary Chronic Disease Collaboration[15] intitulée « Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des problèmes de santé chroniques » (ESPPSC)[16], par la méthode d'interview téléphonique assistée par ordinateur. L'enquête a permis de recueillir des renseignements sur divers aspects des soins et sur les obstacles possibles à leur obtention, y compris les obstacles financiers, les obstacles à l'accès, les obstacles géographiques et les obstacles liés au système de soins de santé chez les personnes présentant au moins une de quatre maladies chroniques d'origine cardiovasculaire. Les réponses des participants à l'ESPPSC qui ont donné leur consentement ont été appariées à celles qu'ils avaient fournies à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2011, pour obtenir des renseignements détaillés sur les hospitalisations, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques et de santé.

La présente étude a été approuvée par le Conjoint Health Research Ethics Board de l'Université de Calgary et par le Health Research Ethics Board de l'Université de l'Alberta. Conformément aux procédures de Statistique Canada, l'enquête a fait l'objet d'un essai pilote et de multiples révisions afin de s'assurer que le contenu du questionnaire était pertinent pour la population de patients[16].

Participants

La base de sondage initiale de l'enquête ESPPSC était constituée de tous les participants à l'ESCC de 2011 qui 1) résidaient en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan ou au Manitoba, 2) étaient âgés de 40 ans et plus, et 3) avaient déclaré présenter au moins un des problèmes de santé suivants : maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral, diabète ou hypertension.

Des 4 331 participants initiaux à l'ESCC, 2 582 ont été considérés comme étant « dans le champ d'observation » de l'ESPPSC; c'est-à-dire qu'ils n'avaient participé à aucune autre sous-enquête de l'ESCC réalisée par Statistique Canada en 2011, qu'ils avaient confirmé être atteints d'une maladie chronique d'origine cardiovasculaire et qu'ils avaient permis que leurs réponses à l'ESPPSC soient couplées à leurs réponses à l'ESCC. À partir de cette base d'échantillonnage, 2 316 personnes ont été sélectionnées aléatoirement pour participer à l'ESPPSC. Le taux de réponse a été de 80 %, ce qui donne une population finale de 1 849 personnes pour l'étude.

Variables

Trois types d'*obstacles financiers* autodéclarés ont été étudiés : les obstacles financiers généraux (difficulté à payer les services, l'équipement ou les médicaments); les obstacles financiers à l'accès aux médicaments (ne pas obtenir les médicaments à cause de leur coût); et l'absence d'une assurance couvrant les médicaments sur ordonnance (annexe).

On a demandé aux participants à l'enquête s'ils avaient pris des *statines* et de l'*acide acétylsalicylique (Aspirine/AAS)* régulièrement au cours du mois précédent. Ces médicaments sont recommandés pour la plupart des patients qui courent un risque élevé d'événements cardiovasculaires[17,18]. Comparativement à l'AAS (environ 50 $ par an), les statines sont relativement coûteuses (de 500 $ à 700 $ par an[19]), de sorte que les personnes signalant des obstacles financiers pourraient être moins susceptibles de les prendre quotidiennement. La consommation d'AAS a été choisie comme résultat secondaire et comme contrôle négatif, l'hypothèse étant que les obstacles financiers seraient moins pertinents pour la consommation d'AAS que pour la prise de statines. Par conséquent, les personnes atteintes de maladies chroniques d'origine cardiovasculaire qui ne prenaient pas d'AAS pourraient avoir eu d'autres raisons que le coût de ne pas utiliser ce médicament.

Afin de déceler les participants à l'enquête qui, idéalement, devraient prendre ces médicaments, on a défini un sous-ensemble de la population totale étudiée présentant un risque cardiovasculaire plus élevé, en utilisant un algorithme modifié tiré des lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète[17] et des recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH)[18]. Même si certaines données cliniques nécessaires pour cette détermination (par exemple, vérification de la pression artérielle, antécédents familiaux, symptômes) faisaient défaut, on s'est servi des données disponibles pour générer une cohorte à haut risque. Cette cohorte comprenait les personnes qui avaient déclaré être atteintes d'une maladie cardiaque ou avoir fait un accident vasculaire cérébral, celles qui faisaient à la fois de l'hypertension et du diabète, celles qui fumaient, celles faisant de l'hypertension seulement qui étaient âgées de 55 ans et plus, et celles faisant du diabète seulement âgées de 45 ans et plus (hommes) ou 50 ans et plus (femmes).

Les cas de *non-observance du traitement médicamenteux prescrit* ont été définis comme étant les personnes qui ont déclaré avoir cessé de prendre un ou plusieurs de leurs médicaments pendant au moins une semaine au cours des 12 derniers mois.

Les participants à l'enquête ont donné une estimation de leurs *frais non remboursés pour les médicaments* au cours des 12 derniers mois. L'estimation a été extrapolée d'après une remémoration du montant pour trois mois si cela était plus facile pour le participant que d'estimer le montant sur une période de 12 mois.

On a demandé aux participants à l'enquête si, au cours des 12 derniers mois, ils s'étaient rendus à un *service d'urgence* ou avaient été *hospitalisés* pour des soins liés à leur maladie chronique d'origine cardiovasculaire. Leurs réponses ont permis de dériver une variable binaire faisant la distinction entre ceux qui comptaient une visite au service d'urgence ou qui avaient passé au moins une nuit à l'hôpital et ceux qui n'étaient dans ni l'une ni l'autre de ces situations.

En s'appuyant sur la littérature, on a dressé une liste de covariables possibles pour cerner celles susceptibles d'être des variables confusionnelles

Tableau 1
Distribution en pourcentage de certaines caractéristiques sociodémographiques et de santé, selon le nombre de maladies chroniques, population à domicile de 40 ans et plus[†], Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique, 2012

	Nombre de maladies chroniques								
	Total			Une			Deux ou plus		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Total	100,0	...	...	67,8	64,8	70,8	32,2	29,2	35,2
Sexe									
Hommes	49,9	46,0	53,8	47,9	43,1	52,7	54,2	48,0	60,4
Femmes	50,1	46,2	54,0	52,1	47,3	56,9	45,8	39,6	52,0
Groupe d'âge									
40 à 64 ans	48,8	45,7	52,1	54,4	50,3	58,5	37,2	31,1	43,4
65 à 74 ans	26,9	23,9	29,8	25,4	21,7	29,0	30,0	24,7	35,4
75 ans et plus	24,3	21,5	27,0	20,2	16,9	23,6	32,7	27,0	38,4
État matrimonial									
Marié(e) / en union libre	66,9	63,2	70,6	69,2	64,7	73,7	62,2	56,6	67,8
Veuf ou veuve/séparé(e)/divorcé(e)/jamais marié(e)	33,1	29,4	36,8	30,8	26,3	35,3	37,8	32,2	43,4
Origine ethnique									
Blanche	86,7	83,5	89,9	87,3	83,2	91,4	85,4	80,6	90,1
Autochtone	4,2	2,9	5,5	3,3	1,8	4,9	6,0	3,3	8,7
Autre	9,1	6,0	12,2	9,4	5,3	13,4	8,7	4,6	12,7
Scolarité									
Pas de diplôme d'études secondaires	21,3	18,6	24,1	18,7	15,5	21,9	26,8	21,6	32,0
Diplôme d'études secondaires / études postsecondaires partielles	22,0	18,9	25,1	22,3	18,3	26,2	21,5	16,2	26,8
Diplôme d'études postsecondaires (de niveau inférieur au baccalauréat)	37,7	33,9	41,5	37,1	32,2	42,0	38,8	33,0	44,6
Baccalauréat ou diplôme de niveau supérieur	19,0	15,6	22,4	21,9	17,3	26,5	12,9	9,1	16,7
Revenu du ménage									
Moins de 30 000 $	21,8	18,9	24,7	18,5	15,2	21,8	28,6	23,1	34,1
De 30 000 $ à 54 999 $	27,4	24,3	30,4	23,8	20,2	27,3	34,9	29,5	40,4
De 55 000 $ à 94 999 $	24,9	21,5	28,4	27,0	22,4	31,6	20,6	15,7	25,4
95 000 $ et plus	26,0	22,3	29,6	30,7	25,8	35,6	15,9	11,4	20,4
Lieu de résidence									
Région urbaine	82,5	79,5	85,4	82,9	79,1	86,6	81,7	77,5	85,9
Région rurale	17,5	14,6	20,5	17,1	13,4	20,9	18,3	14,1	22,5
Province de résidence									
Colombie-Britannique	44,5	41,3	47,7	43,8	39,2	48,4	46,0	40,7	51,3
Alberta	31,7	28,8	34,6	33,9	29,8	37,9	27,0	22,5	31,6
Saskatchewan	10,8	9,4	12,1	9,7	8,0	11,5	13,0	9,7	16,2
Manitoba	13,0	11,1	15,0	12,6	9,9	15,4	14,0	10,1	17,9
Catégorie d'indice de masse corporelle (kg/m²) (corrigé pour le biais d'autodéclaration[2])									
Poids normal / poids insuffisant (moins de 25 kg/m²)	23,3	19,8	26,7	24,7	20,3	29,2	20,0	14,7	25,4
Embonpoint (25 à 29,9 kg/m²)	36,7	32,5	40,8	38,0	32,9	43,2	33,7	27,6	29,9
Obésité (30 kg/m² et plus)	40,1	36,2	44,0	37,2	32,2	42,3	46,2	40,1	52,3
Littératie en matière de santé[3,4]									
Adéquate	84,8	81,9	87,7	89,0	86,0	92,0	75,7	70,0	81,5
Inadéquate	15,2	12,3	18,1	11,0	8,0	14,0	24,3	18,5	30,0

† ayant déclaré un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension et(ou) d'accident vasculaire cérébral
... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des problèmes de santé chroniques, 2012

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Malgré le système de soins de santé universel en place au Canada, les patients pourraient percevoir des obstacles financiers lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins.
- Les obstacles financiers perçus peuvent être particulièrement importants chez les personnes atteintes de maladies chroniques d'origine cardiovasculaire.
- Plusieurs études ont permis d'examiner le coût des soins médicaux au Canada, mais les liens entre divers types d'obstacles financiers et les indicateurs des soins de santé ou les résultats indésirables chez les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont pas clairs.

Ce qu'apporte l'étude

- Les obstacles financiers perçus étaient relativement fréquents chez les personnes atteintes de maladies chroniques d'origine cardiovasculaire.
- Les personnes qui ont déclaré des obstacles financiers étaient moins susceptibles de prendre des statines, plus susceptibles d'arrêter de prendre les médicaments prescrits et plus susceptibles de se rendre au service d'urgence ou d'être hospitalisées à cause de leur maladie chronique d'origine cardiovasculaire.

(c'est-à-dire celles pouvant être associées indépendamment à l'exposition ainsi qu'au résultat), à savoir l'âge, le sexe, la multimorbidité (présentation de plus d'une des quatre maladies chroniques sélectionnées), avoir un médecin de famille régulier, et certaines caractéristiques sociodémographiques. Comme les équipes multidisciplinaires s'avèrent améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes de maladies chroniques[20], les modèles contenaient aussi une variable de contrôle pour l'intervention d'un autre fournisseur de soins de santé qu'un médecin.

Analyses statistiques

Toutes les analyses ont été effectuées en se servant de STATA 11.0 (Statacorp, College Station, Texas). Les poids fréquentiels ont été calculés par Statistique Canada afin de tenir compte de l'échantillonnage non représentatif et de refléter la population adulte atteinte de maladies chroniques des quatre provinces de l'Ouest[21]. On a produit tous les pourcentages et tous les modèles en se servant de ces poids, et on a stratifié les proportions en fonction de la présence d'une multimorbidité. Les erreurs types et les intervalles de confiance des estimations ont été calculés par des méthodes *bootstrap* en se servant de 500 répliques. Comme le recommande Statistique Canada, on a calculé le coefficient de variation pour déterminer la fiabilité des pourcentages publiés[22].

Des modèles de régression log-binomiale ont été utilisés pour calculer les ratios des taux de prévalence (RTP) non ajustés et ajustés selon une approche pas à pas. Au départ, on a généré des modèles bivariés pour tester les associations indépendantes entre la covariable et le résultat d'intérêt. Chaque covariable dont l'effet était significatif dans le modèle bivarié a ensuite été testée dans des modèles simplifiés qui comprenaient la covariable d'intérêt, l'exposition et le résultat. Toute covariable susceptible d'être une variable confusionnelle (variation de l'estimation ponctuelle d'au moins 10 %) a été incluse dans le modèle complet. Le modèle final a été obtenu selon un processus de rétroélimination. Les covariables ayant une valeur $p > 0,10$ au test de Wald ont été éliminées séquentiellement; en l'absence de preuve d'un effet confusionnel (pas de variation d'au moins 10 % de l'estimation ponctuelle), la variable a été éliminée du modèle. Chaque variable du tableau 1 a été considérée comme une variable confusionnelle possible et testée de cette façon. En outre, on a évalué l'effet confusionnel conjoint et la modification de la mesure de l'effet en introduisant dans la modélisation des termes d'interaction entre l'absence d'assurance-médicaments et la province, l'absence d'assurance-médicaments et l'âge, et la multimorbidité et l'âge.

Tableau 2
Prévalence de l'autodéclaration d'obstacles financiers à l'obtention de services de soins de santé, selon le type d'obstacle et le nombre de maladies chroniques, population à domicile de 40 ans et plus†, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique, 2012

	Nombre de maladies chroniques									Comparaison (une maladie par rapport à deux ou plus)		
	Total			Une			Deux ou plus					
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance Àà 95 %	
Type d'obstacle	%	de	à	%	de	à	%	de	à	RTP	de	à
Obstacle financier général	12,0	9,3	14,7	7,8[E]	4,9	10,7	20,9[E]	15,7	26,2	2,7	1,7	4,2
Obstacle financier à l'accès aux médicaments	3,9[E]	2,2	5,6	F	...	...	9,5[E]	4,8	14,2	7,6	2,7	21,7
Pas d'assurance-médicaments	14,1	11,2	17,0	14,2	10,3	18,0	13,9	10,0	17,7	1,0	0,7	1,4

RTP = ratio des taux de prévalence
† ayant déclaré un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension et(ou) d'accident vasculaire cérébral
[E] à interpréter avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des problèmes de santé chroniques, 2012.

Résultats

Population étudiée

Un peu plus de la moitié (52 %) des participants à l'ESPPSC étaient âgés de 65 ans et plus, les deux tiers (67 %) étaient mariés, et une importante majorité (83 %) vivaient dans les régions urbaines (tableau 1). Les personnes qui présentaient plus d'une des maladies d'origine cardiovasculaire choisies pour l'étude (multimorbidité) étaient plus susceptibles d'être des hommes, de vivre dans les ménages ayant les revenus les plus faibles et d'avoir un niveau de scolarité assez faible.

Prévalence des obstacles autodéclarés

Environ 12 % des participants à l'enquête ont déclaré des obstacles financiers généraux à l'obtention de soins de santé, 4 % ont déclaré des obstacles financiers ayant trait spécifiquement à l'accès aux médicaments, et 14 % n'avaient pas d'assurance-médicaments (tableau 2).

La prévalence des obstacles financiers autodéclarés variait selon le nombre de maladies chroniques déclarées par les répondants. Comparativement aux personnes atteintes d'une seule maladie, celles qui en présentaient au moins deux étaient plus susceptibles de faire état d'obstacles financiers généraux (RTP : 2,7; IC à 95 % : 1,7-4,2) et d'obstacles

Tableau 3
Ratios des taux de prévalence associant certains facteurs sociodémographiques et de santé aux obstacles financiers généraux autodéclarés et à l'absence d'assurance-médicaments, population à domicile de 40 ans et plus[†], Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique, 2012

	Obstacle financier général						Pas d'assurance-maladie					
	Prévalence			RTP non ajusté			Prévalence			RTP non ajusté		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	**%**	**de**	**à**	**RTP**	**de**	**à**	**%**	**de**	**à**	**RTP**	**de**	**à**
Sexe												
Femmes[‡]	11,7	8,6	14,8	...	...	...	13,0	9,7	16,3	...	...	...
Hommes	12,3	7,9	16,6	1,0	0,7	1,6	15,1	10,6	20,0	1,2	0,8	1,7
Groupe d'âge												
Moins de 65 ans[‡]	11,8[E]	7,4	16,1	...	...	...	14,3[E]	9,5	19,1	...	...	...
65 à 74 ans	13,5[E]	8,8	18,2	1,1	0,7	1,9	11,2[E]	7,5	14,9	0,8	0,5	1,3
75 ans et plus	10,8[E]	7,2	14,4	0,9	0,6	1,5	16,8	11,9	21,7	1,2	0,8	1,8
Origine ethnique												
Blanche[‡]	10,7	8,4	12,9	...	...	...	14,9	11,7	18,1	...	...	...
Autochtone/Autre	21,1[E]	8,5	33,6	2,0*	1,0	3,9	8,7[E]	3,2	14,2	0,6	0,3	1,1
Scolarité												
Pas de diplôme d'études secondaires[‡]	14,0	9,6	18,4	...	...	...	14,2	9,8	18,6	...	...	...
Diplôme d'études secondaires ou plus	11,4	8,3	14,6	0,8	0,5	1,2	14,0	10,5	17,6	1,0	0,7	1,5
Revenu du ménage												
Moins de 30 000 $[‡]	21,7	15,1	28,4	2,3*	1,5	3,6	15,7	11,5	19,9	1,2	0,8	1,6
30 000 $ et plus	9,4	9,5	12,2	...	...	...	13,6	10,2	17,0	...	...	...
Lieu de résidence												
Région urbaine[‡]	12,6	9,5	15,7	...	...	...	12,6	9,7	15,5	...	...	...
Région rurale	9,1[E]	5,2	13,0	0,7	0,4	1,2	21,3[E]	12,6	30,0	1,7*	1,1	2,8
Province												
Alberta[‡]	9,7[E]	6,3	13,1	...	...	...	6,5[E]	3,2	9,9	...	...	...
Manitoba/Saskatchewan/Colombie-Britannique	13,1	9,5	16,7	1,4	0,9	2,1	17,6	13,7	21,1	2,7*	1,5	4,8
Indice de masse corporelle (kg/m²) (corrigé pour l'autodéclaration[††])												
Moins de 30 kg/m²[‡]	9,0	6,3	11,7	...	...	...	15,8	11,2	20,3	...	...	...
30 kg/m² et plus	17,0	12,0	22,1	1,9	1,3	2,9	12,0	8,5	15,5	0,8	0,5	1,2
Littératie en matière de santé[‡‡]												
Adéquate[‡]	10,7[E]	7,8	13,5	...	...	...	13,8	10,6	17,0	...	...	...
Inadéquate	20,2[E]	12,3	28,1	1,9*	1,2	3,1	16,2[E]	9,2	23,3	1,2	0,7	1,9
Médecin de famille régulier												
Oui	11,3	9,0	13,6	0,4	1,0	1,9	13,8	10,9	16,8	0,7	0,4	1,5
Non[‡]	F	...	...	...	...	...	F	...	...	...	...	...

RTP = ratio des taux de prévalence
† ayant déclaré un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension et(ou) d'accident vasculaire cérébral
‡ catégorie de référence
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence
E à interpréter avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
Source : Enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des problèmes de santé chroniques, 2012.

financiers à l'accès aux médicaments (RTP : 7,6; IC à 95 % : 2,7-21,7), mais elles n'étaient pas plus susceptibles de ne pas avoir d'assurance-médicaments (RTP : 1,0; IC à 95 % : 0,7-1,4) (tableau 2).

Plusieurs facteurs personnels étaient associés à la déclaration d'obstacles financiers généraux et de l'absence d'une assurance-médicaments (tableau 3). Le faible niveau de revenu, l'obésité et l'origine ethnique non blanche étaient tous des facteurs associés aux obstacles financiers généraux. La résidence en région rurale ou dans une autre province que l'Alberta était associée au fait de ne pas avoir d'assurance-médicaments.

Consommation de médicaments

Près de la moitié (48 %) des participants à l'enquête prenaient des statines (tableau 4). La prévalence de la consommation de statines était la même chez les personnes n'ayant pas déclaré d'obstacles financiers généraux que chez celles qui l'ont fait (tableau 5). Cependant, les personnes qui ont fait état d'une difficulté d'accès aux médicaments en raison de leur coût étaient 50 % moins susceptibles de prendre des statines (RTP ajusté : 0,5; IC à 95 % : 0,3-0,9) que celles n'ayant pas mentionné cette difficulté. Les personnes non couvertes par une assurance-médicaments étaient près de 30 % moins susceptibles de prendre des statines (RTP ajusté : 0,7; IC à 95 % : 0,6-0,9) que celles possédant une telle assurance.

Après avoir tenu compte de l'effet de toutes les variables dans l'analyse, aucun de ces trois types d'obstacles financiers autodéclarés n'était associé à la consommation d'AAS (tableau 5).

Environ 13 % des participants à l'enquête avaient cessé de prendre un ou plusieurs médicaments sur ordonnance (tableau 4).

L'obstacle financier à l'accès aux médicaments était le seul obstacle associé à l'arrêt de la consommation des médicaments prescrits pendant plus d'une semaine au cours de l'année qui a précédé l'enquête (RTP ajusté : 3,5; IC à 95 % : 1,7-7,3) (tableau 5).

Frais de médicaments non remboursés

Le montant annuel moyen des frais de médicaments non remboursés se chiffrait à 539 $ (tableau 6), mais il était significativement plus élevé chez les personnes atteintes de plus d'une maladie chronique (714 $ contre 460 $). Toutefois, cette différence était notée principalement chez les personnes âgées; chez celles de moins de 65 ans, le montant des frais de médicaments non remboursés ne variait pas de manière significative selon le nombre de maladies d'origine cardiovasculaire déclarées.

Comparativement aux personnes ayant signalé n'avoir aucun obstacle, celles qui ont mentionné des obstacles financiers généraux ont déclaré des frais de médicaments non remboursés significativement plus élevés (466 $ contre 1 077 $, p = 0,004) (tableau 4). En outre, comparativement aux personnes couvertes par une assurance-médicaments, celles qui ne l'étaient pas ont déclaré des frais de médicaments non remboursés plus élevés (480 $ contre 894 $, p = 0,003).

Tableau 4
Indicateurs de la qualité et frais de médicaments non remboursés, selon le type d'obstacle financier, population à domicile de 40 ans et plus†, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique, 2012

	Indicateur de la qualité														
	Consommation appropriée de statines			Consommation appropriée d'AAS			A cessé de prendre les médicaments prescrits			Hospitalisation ou visite au service d'urgence liée à la maladie chronique			Moyenne des frais de médicaments non remboursés			
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
Type d'obstacle	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à	$	de	à	valeur p
Total	48,2	44,1	52,3	49,2	45	53,4	12,9	9,9	15,9	9,2	7,2	11,3	539	474	605	..
Obstacle financier général																
Oui	52,5	40,6	64,5	52,6	40,7	64,5	19,8E	9,9	29,7	17,4E	10,4	24,5	1 077	666	1 488	p = 0,004
Non	47,6	43,3	51,9	48,7	44,1	53,2	12,0	8,8	15,2	7,8	5,6	10,1	466	412	521	
Obstacle financier à l'accès aux médicaments																
Oui	F	...	...	71,3	49,5	93,1	37,7E	14,7	60,7	F	...	...	900	408	1 392	p = 0,139
Non	49,3	45,2	53,4	48,2	43,9	52,4	11,9	8,8	14,9	8,7	6,6	10,8	524	457	591	
Assurance-médicaments																
Oui	50,1	45,6	54,6	50,4	45,9	54,9	12,9	9,6	16,2	9,1	6,9	11,3	480	412	548	p = 0,003
Non	36,2	27,1	45,4	41,4	32	50,9	13,3E	6,5	20,1	8,2	3,3	13,1	894	639	1 149	

† ayant déclaré un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension et(ou) d'accident vasculaire cérébral
E à interpréter avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
... n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des problèmes de santé chroniques, 2012

Les personnes faisant état d'obstacles financiers associés spécifiquement aux médicaments avaient tendance à déclarer des frais non remboursés plus élevés que celles n'indiquant pas ce genre d'obstacles (900 $ contre 524 $). Néanmoins, la différence n'était pas statistiquement significative (p = 0,139), vraisemblablement en raison du petit nombre de personnes ayant mentionné ce type d'obstacle.

Tableau 5
Associations non ajustées et ajustées entre les obstacles financiers autodéclarés et les indicateurs de la qualité, population à domicile de 40 ans et plus[†], Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique, 2012

	Ratio des taux de prévalence					
	Non ajusté			Ajusté		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Indicateur de la qualité / type d'obstacle financier	RTP	de	à	RTP	de	à
Consommation appropriée de statines						
Obstacle financier général	1,1	0,9	1,4	1,0[‡]	0,8	1,2
Obstacle financier à l'accès aux médicaments	0,5	0,3	1,0	0,5[‡*]	0,3	0,9
Pas d'assurance-médicaments	0,7	0,6	0,9	0,7[‡*]	0,6	0,9
Consommation appropriée d'AAS						
Obstacle financier général	1,1	0,8	1,4	1,0[‡]	0,8	1,2
Obstacle financier à l'accès aux médicaments	1,5	1,0	2,1	1,3[‡]	0,9	1,8
Pas d'assurance-médicaments	0,8	0,7	1,1	0,8[‡]	0,7	1,0
A cessé de prendre les médicaments prescrits						
Obstacle financier général	1,7	0,9	3,1	1,7[††]	0,9	3,1
Obstacle financier à l'accès aux médicaments	3,2	1,2	6,7	3,5[††*]	1,7	7,3
Pas d'assurance-médicaments	1,0	0,6	1,9	1,1[††]	0,6	2,0
Hospitalisation ou visite au service d'urgence liée à la maladie chronique						
Obstacle financier général	2,2	1,3	3,8	1,7[‡*]	1,0	2,9
Obstacle financier à l'accès aux médicaments	1,8	0,8	4,4	1,1[‡]	0,5	2,8
Pas d'assurance-médicaments	0,9	0,5	1,8	0,9[‡]	0,5	1,7

RTP = ratio des taux de prévalence
† ayant déclaré un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension et(ou) d'accident vasculaire cérébral
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence
‡ ajusté pour l'âge, le sexe et la multimorbidité
§ ajusté pour le sexe et la multimorbidité
†† ajusté pour l'âge, le sexe et la littératie en matière de santé
Nota : La catégorie de référence est l'absence d'obstacle.
Source : Enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des problèmes de santé chroniques, 2012.

Tableau 6
Moyenne des frais de médicaments non remboursés, selon le nombre de maladies chroniques et le groupe d'âge, population à domicile de 40 ans et plus[†], Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique, 2012

	Nombre de maladies chroniques									
	Total			Une			Deux ou plus			
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		Comparaison (une maladie par rapport à deux ou plus)
Groupe d'âge	$	de	à	$	de	à	$	de	à	
Total	539	474	605	460	375	546	714	613	814	p < 0,001
65 ans et plus	631	562	700	533	447	620	782	668	897	p = 0,001
Moins de 65 ans	453	345	562	406[E]	272	540	606	450	763	p = 0,06

† ayant déclaré un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension et(ou) d'accident vasculaire cérébral
E à interpréter avec prudence
Source : Enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des problèmes de santé chroniques, 2012.

Visites au service d'urgence et hospitalisation

Dans l'ensemble, 9 % des participants à l'enquête ont déclaré une visite au service d'urgence ou une hospitalisation reliée à leur maladie cardiovasculaire l'année qui a précédé l'enquête (tableau 4). Les visites au service d'urgence ou les hospitalisations étaient 70 % plus probables chez les personnes faisant état d'un obstacle financier général (RTP ajusté : 1,7; IC à 95 % : 1,0-2,3) que chez celles qui n'étaient pas dans cette situation (tableau 5). Par contre, les obstacles financiers à l'accès aux médicaments ou l'absence d'une assurance-médicaments n'étaient pas associés à un accroissement du risque d'une visite au service d'urgence ou d'une hospitalisation. Les termes d'interaction entre la multimorbidité et l'âge, la province et l'âge, ainsi que la province et la situation en matière d'assurance n'avaient un effet significatif dans aucun modèle.

Discussion

Dans les quatre provinces de l'Ouest, les déclarations à l'égard d'obstacles financiers généraux à l'accès aux soins de santé et de l'absence d'une assurance-médicaments étaient relativement fréquentes chez les personnes de 40 ans et plus atteintes de maladies chroniques d'origine cardiovasculaire (12 % à 14 %).

Dans le cadre d'une enquête du Commonwealth Fund/Conseil canadien de la santé[25], un pourcentage comparable de personnes atteintes de maladies chroniques ont déclaré des obstacles financiers. Les résultats de l'enquête ESPPSC fournissent des renseignements supplémentaires sur les résultats pour la santé. La déclaration d'obstacles financiers semble avoir une importance clinique, comme en témoigne l'augmentation de 70 % de la probabilité d'une hospitalisation ou d'une visite au service d'urgence liée à une maladie chronique. Cet accroissement du risque pourrait découler du manque d'accès aux mesures préventives, telles que la surveillance, le dépistage, les programmes

éducatifs et les traitements, en raison des coûts directs ou accessoires de ces services. Les résultats de la présente étude corroborent ceux de travaux de recherche menés antérieurement au Canada et aux États-Unis selon lesquels les hospitalisations pour des affections pouvant être traitées en soins ambulatoires sont plus fréquentes chez les personnes dont les moyens financiers sont limités[26,27].

Le fait de vivre en région rurale était associé de manière significative à l'absence d'une assurance-médicaments. Cette association pourrait refléter une tendance plus marquée chez les habitants de ces régions à avoir un travail autonome ou à être employés par de petites entreprises qui n'offrent pas de régime de prestations complémentaires pour services de santé.

Comparativement aux personnes couvertes par une assurance-médicaments, celles qui n'étaient pas assurées étaient 30 % moins susceptibles de prendre des statines. Les personnes qui ont déclaré un obstacle financier à l'accès aux médicaments étaient 50 % moins susceptibles de prendre des statines que celles n'ayant pas mentionné un tel obstacle. Ces différences pourraient être associées au coût annuel de la consommation de statines, qui varie de 500 $ à 700 $[19]. Par contre, la consommation d'AAS (un médicament nettement moins onéreux) ne variait pas en fonction de la perception d'obstacles financiers. Cette disparité corrobore l'hypothèse selon laquelle ne pas prendre des statines pourrait être relié à la situation financière plutôt qu'à d'autres facteurs non mesurés (par exemple, une aversion à prendre des médicaments), et concorde avec les constatations faites dans le cadre d'autres études canadiennes sur l'instauration d'un traitement par statines[28].

Dans l'ensemble, le montant annuel moyen des frais de médicaments non remboursés s'élevait à 894 $ pour les personnes non couvertes par une assurance-médicaments comparativement à 480 $ pour celles qui étaient couvertes. Cependant, les personnes non assurées n'étaient pas plus susceptibles de mentionner une visite au service d'urgence ou une hospitalisation.

Plusieurs caractéristiques étaient associées de manière significative à la déclaration d'obstacles financiers, à savoir la multimorbidité, l'origine ethnique non blanche (y compris autochtone), et un revenu annuel du ménage inférieur à 30 000 $. L'âge n'était une variable confusionnelle ni un modificateur important dans aucun modèle. Cela pourrait tenir à une dilution de l'effet, parce que l'Alberta est la seule province qui offre un régime d'assurance différent aux personnes de 65 ans et plus; dans les trois autres provinces de l'Ouest, les personnes âgées ne reçoivent aucune prestation d'assurance supplémentaire. (Les modalités des programmes publics de médicaments des quatre provinces de l'Ouest sont énoncées dans le tableau explicatif A en annexe.)

Limites

L'étude présente plusieurs limites. Par exemple, les données de l'enquête ESPPSC ont été autodéclarées et sont donc assujetties aux limites afférentes à ce genre de données. Malgré l'ajustement, un effet confusionnel résiduel pourrait persister et les différences de résultats entre les groupes pourraient être reliées à des différences non mesurées entre les patients. Pour la plupart des variables, les covariables n'ont été stratifiées qu'en deux groupes, si bien que certains détails ont peut-être été estompés. En outre, certains sous-groupes étaient petits, ce qui limite la puissance statistique de détection des différences. De surcroît, l'absence de données sur le contrôle de la pression artérielle et sur la gravité des maladies chroniques pourrait avoir entraîné des erreurs de classification quant au besoin de statines ou d'AAS. En outre, l'enquête n'était pas suffisamment sensible pour permettre de déceler les personnes qui avaient choisi d'accorder la priorité aux médicaments et qui dépensaient moins pour d'autres nécessités telles que les aliments[29]. Enfin, l'enquête n'a été réalisée qu'auprès des résidents des quatre provinces de l'Ouest, ce qui pourrait limiter la généralisation des résultats.

Mot de la fin

Plus d'un adulte sur dix de l'Ouest du Canada atteints de maladies chroniques d'origine cardiovasculaire ont dit ne pas avoir d'assurance-médicaments et éprouver des obstacles financiers généraux. Ces obstacles étaient associés à une consommation plus faible de médicaments recommandés dans les lignes directrices de pratique clinique, une probabilité plus forte de non-observance du traitement médicamenteux et une probabilité plus forte d'hospitalisation ou de visite au service d'urgence. Comme les personnes qui ont fait état d'obstacles financiers constituaient un groupe hétérogène et que la relation entre les obstacles financiers généraux et l'accroissement du risque d'hospitalisation n'est pas claire, les travaux de recherche doivent se poursuivre afin de mieux comprendre l'association. ■

Remerciements

La présente étude a été financée par une subvention pour équipe interdisciplinaire d'Alberta Innovates–Health Solutions, l'Interdisciplinary Chronic Disease Collaboration (ICDC), qui est financée par le programme de subventions pour équipes interdisciplinaires de l'AHFMR, qui s'appelle maintenant Alberta Innovates–Health Solutions (AI-HS). Les travaux de David J.T. Campbell sont financés par une bourse de recherche clinique octroyée par AI-HS. Les travaux de Braden J. Manns, Kathryn King-Shier et Brenda R. Hemmelgarn sont financés par une bourse salariale octroyée par AI-HS. Les travaux de Brenda R. Hemmelgarn sont également financés par la Roy and Vi Baay Chair in Kidney Research. Les travaux de Paul E. Ronksley sont financés par une bourse d'études supérieures du Canada Frederick-Banting et Charles-Best octroyée par les Instituts de recherche en santé du Canada. Les travaux de Marcello Tonelli sont financés par une chaire de recherche du Canada. Braden J. Manns, Brenda R. Hemmelgarn et Marcello Tonelli ont eu l'appui d'un programme de diversification des modes de financement du gouvernement de l'Alberta et des Universités de l'Alberta et de Calgary.

Références

1. V. Demers, M. Melo, C. Jackevicius *et al.*, « Comparison of provincial prescription drug plans and the impact on patients' annual drug expenditures », *Canadian Medical Association Journal*, 178(4), 2008, p. 405-409.
2. M.R. Law, L. Cheng, I.A. Dhalla *et al.*, « The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 184(3), 2012, p. 297-302.
3. N.K. Choudhry, J. Avorn, R.J. Glynn *et al.*, « Full coverage for preventive medications after myocardial infarction », *New England Journal of Medicine*, 365(22), 2011, p. 2088-2097.
4. E. Wagner, « The role of patient care teams in chronic disease management », *British Medical Journal*, 320, 2000, p. 569-572.
5. P. Glasziou, L. Irwig et D. Mant, « Monitoring in chronic disease: a rational approach », *British Medical Journal* , 330(7492), 2005, p. 644-648.
6. J.A. Dalstra, A.E. Kunst, C. Borrell *et al.*, « Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries », *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 2005, p. 316-326.
7. N. Ross, H. Gilmour et K. Dasgupta, « Incidence du diabète sur 14 années : le rôle du statut socioéconomique », *Rapports sur la santé*, 21(3), 2010, p. 19-28.
8. C.P. Wen, T.Y. Cheng, M.K. Tsai *et al.*, « All-cause mortality attributable to chronic kidney disease: a prospective cohort study based on 462,293 adults in Taiwan », *Lancet*, 371(9631), 2008, p. 2173-2182.
9. D. Campbell, P. Ronksley, C. Barnabe *et al.*, « The association of enrolment in Primary Care Networks on diabetes care and outcomes in low income and First Nations Albertans », *Open Medicine*, 6(4), 2012, p. E155-165.
10. J.R. Daw et S.G. Morgan, « Stitching the gaps in the Canadian public drug coverage patchwork?: a review of provincial pharmacare policy changes from 2000 to 2010 », *Health Policy*, 104(1), 2012, p. 19-26.
11. R.H. Brook, J.E. Ware Jr., W.H. Rogers *et al.*, « Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial », *New England Journal of Medicine*, 309(23), 1983, p. 1426-1434.
12. Y. Zhang, J.R. Lave, J.M. Donohue *et al.*, « The impact of Medicare Part D on medication adherence among older adults enrolled in Medicare-Advantage products », *Medical Care*, 48(5), 2010, p. 409-417.
13. Y. Zhang, J.M. Donohue, J.R. Lave *et al.*, « The effect of Medicare Part D on drug and medical spending », *New England Journal of Medicine*, 361(1), 2009, p. 52-61.
14. E.B. Keeler, R.H. Brook, G.A. Goldberg *et al.*, « How free care reduced hypertension in the health insurance experiment », *Journal of the American Medical Association*, 254(14), 1985, p. 1926-1931.
15. Interdisciplinary Chronic Disease Collaboration, « The research to health policy cycle: a tool for better management of chronic noncommunicable diseases », *Journal of Nephrology*, 21(5), 2008, p. 621-631.
16. Interdisciplinary Chronic Disease Collaboration. *Barriers to Care for People with Chronic Health Conditions (BCPCHC) Survey*. Calgary, Alberta, Interdisciplinary Chronic Disease Collaboration, 2013. disponible à l'adresse http://www.icdc.ca/images/BCPCHC_Phase_2_Survey_Working_Paper-_Mar_19_2013.pdf. (consulté le 4 avril, 2013).
17. Canadian Diabetes Association. « CDA Clinical Practice Guidelines », *Canadian Journal of Diabetes*, 32(Suppl. 1), 2008, disponible à l'adresse http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf
18. Hypertension Canada. *CHEP 2013 Recommendations*. Markham, Ontario, Hypertension Canada, 2011, disponible à l'adresse http://www.hypertension.ca/images/CHEP_2013/2013_CompleteCHEPRecommendations_EN_HCP1009-1.pdf, (consulté le 25 novembre 2013).
19. J. Conly, F. Clement, M. Tonelli *et al.*, « Cost-effectiveness of the use of low- and high-potency statins in people at low cardiovascular risk », *Canadian Medical Association Journal*, 183(16), 2011, p. E1180-1188.
20. B.J. Manns, M. Tonelli, J. Zhang *et al.*, « Enrolment in primary care networks: impact on outcomes and processes of care for patients with diabetes », *Canadian Medical Association Journal*, 184(2), 2012, p. E144-152.
21. F. Brisebois et S. Thivierge, « The weighting strategy of the Canadian Community Health Survey », *Proceedings of the American Statistical Association Meeting, Survey Research Methods Section, 2001*, disponible à l'adresse http://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/ (consulté le 15 juillet 2013).
22. Statistique Canada, *Health Indicators: Indicators based on Statistics Canada Surveys*. Ottawa: Statistics Canada, 2013, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2012002/quality-qualite/qua4-eng.htm, (consulté le 23 juin 2013).
23. M. Shields, S. Gorber, I. Janssen et M. Tremblay, « Biais dans les estimations autodéclarées de l'obésité dans les enquêtes canadiennes sur la santé : le point sur les équations de correction applicables aux adultes », *Rapports sur la santé*, 22(3), 2011, p. 35-45.
24. L. Chew, J. Griffin, M. Partin *et al.*, « Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population », *Journal of General Internal Medicine*, 23(5), 2008, p. 561-565.
25. Conseil canadien de la santé, *Comment les Canadiens plus malades atteints de maladies chroniques évaluent-ils le système de soins de santé?* Ottawa, Health Council of Canada, 2011, disponible à l'adresse http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det_gen.php?id=312, (consulté le 19 avril 2013).
26. J. Billings, G.M. Anderson et L.S. Newman, « Recent findings on preventable hospitalizations », *Health Affairs*, 15(3), 1996, p. 239-249.
27. G. Pappas, W.C. Hadden, L.J. Kozak et G.F. Fisher, « Potentially avoidable hospitalizations: inequalities in rates between US socioeconomic groups », *American Journal of Public Health*, 87(5), 1997, p. 811-816.
28. G.E. Hanley, S. Morgan et R.J. Reid, « Income-related inequity in initiation of evidence-based therapies among patients with acute myocardial infarction », *Journal of General Internal Medicine*, 26(11), 2011, p. 1329-1335.
29. R. Bengle, S. Sinnett, T. Johnson *et al.*, « Food insecurity is associated with cost-related medication non-adherence in community-dwelling, low-income older adults in Georgia », *Journal of Nutrition for the Elderly*, 29(2), 2010, p. 170-191.

Annexe

Questions de l'enquête Entraves aux soins destinés aux personnes ayant des problèmes de santé chroniques [Traduction]

Expositions / Obstacles financiers

Obstacle financier général perçu
- « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à payer les services, l'équipement, les médicaments pour des maladies chroniques? »
  - Oui = toujours, souvent, parfois
  - Non = rarement, jamais

Obstacle financier à l'obtention de médicaments
- « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable d'avoir accès à des médicaments pour votre maladie chronique en raison du coût? »
  - Oui = toujours, souvent, parfois
  - Non = rarement, jamais

Absence d'assurance-médicaments
- « À l'heure actuelle, avez-vous une assurance qui couvre totalement ou partiellement le coût des médicaments sur ordonnance? »

Indicateurs de la qualité

Consommation de statines
- « Au cours du dernier mois, avez-vous pris des médicaments sur ordonnance, tels que Crestor, Lipitor ou Zocor, pour contrôler le taux de cholestérol dans le sang? »

Consommation d'acide acétylsalicylique (AAS)
- « Au cours du dernier mois, avez-vous pris de l'aspirine ou d'autres médicaments à base d'AAS (acide acétylsalicylique) chaque jour ou tous les deux jours? »

Observance du traitement médicamenteux prescrit
- « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'arrêter de prendre un ou plusieurs de vos médicaments de la façon prescrite pendant une semaine ou plus? »

Frais non remboursés
- « Au cours des 12 derniers mois, quels ont été vos frais non remboursés pour vos médicaments et produits pharmaceutiques sur ordonnance? Estimez le coût que vous avez dû assumer. Ce coût comprend les montants non couverts par l'assurance, comme les exclusions, les franchises et les frais dépassant la limite. Il ne comprend pas les paiements qui vous ont été ou qui vous seront remboursés. Si cela est plus facile pour vous, estimez les frais non remboursés sur une période de trois mois. »

Visite au service d'urgence liée à une maladie chronique
- « Combien de fois avez-vous personnellement rendu visite au service d'urgence d'un hôpital pour votre maladie au cours des 12 derniers mois? »

Hospitalisation liée à une maladie chronique
- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé une nuit à l'hôpital pour votre maladie? »

Covariables

Médecin de famille régulier
- « Avez-vous un médecin de famille régulier? »

Autoévaluation de la santé
- « En général, diriez-vous que votre santé est... ? »
  - Au moins très bonne = excellente, très bonne
  - Moins que très bonne = bonne, passable, mauvaise

Autoévaluation de la santé mentale
- « En général, diriez-vous que votre santé mentale est... ? »
  - Au moins très bonne = excellente, très bonne
  - Moins que très bonne = bonne, passable, mauvaise

Littératie en matière de santé inadéquate
- Variable imputée fondée sur un questionnaire à trois items validés[24]

Tableau explicatif A
Caractéristiques des régimes d'assurance-médicaments, selon le type de patient et le revenu, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique

	Caractéristiques du régime d'assurance-médicaments			
Type de patient, revenu, province	Couverture universelle	Quote-part	Couverture des médicaments onéreux	Franchise (% du revenu du ménage)
Population générale de moins de 65 ans				
Revenu élevé				
Manitoba	✓	✗	✓	4,6 % à 6,1 %
Saskatchewan	✓	Jusqu'à 35 %	✓	3,4 %
Alberta	✗	...	✗	...
Colombie-Britannique	✓	30 %	✓	3 %
Revenu faible				
Manitoba	✓	✗	✓	2,4 % à 4,3 %
Saskatchewan	✓	Jusqu'à 35 %	✓	3,4 %
Alberta	✗	...	✗	...
Colombie-Britannique	✓	30 %	✓	0 à 2 %
Personnes âgées (65 ans et plus)				
Revenu élevé				
Manitoba	✓	✗	✓	4,6 % à 6,1 %
Saskatchewan	✓	Jusqu'à 35 %	✓	3,4 %
Alberta	✓	30 % jusqu'à un maximum de 25 $	✗	✗
Colombie-Britannique	✓	30 %	✓	3 %
Revenu faible				
Manitoba	✓	✗	✓	2,4 % à 4,3 %
Saskatchewan	✓	15 $	✗	...
Alberta	✓	30 % jusqu'à un maximum de 25 $	✗	✗
Colombie-Britannique	✓	30 %	✓	0 à 2 %
Bénéficiaires de l'aide sociale				
Manitoba	✓	✗	✗	✗
Saskatchewan	✓	✗	✗	✗
Alberta	✓	✗	✗	✗
Colombie-Britannique	✓	✗	✗	✗

✗ La province ne possède pas cette caractéristique.
✓ La province possède cette caractéristique.
... n'ayant pas lieu de figurer.
Source : Daw et Morgan[47].